

AOK		BKK	IKK	VdAK	Knappschaft
Adressenabröller auch auf Durchschlag					
(Name des Versicherten)		(Vorname)	(geb. am)		
(Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.)		(Vorname)	(geb. am)		
(Arbeitgeber [Dienststelle/Mitgl.-Nr.]		Krankensch.-Nr./Freiw./Rentner)			
(Postleitzahl)	(Wohnung des Patienten)				
Ambulant <input type="checkbox"/>		Stationär <input type="checkbox"/>		Privat <input type="checkbox"/>	

Institut für Pathologie am Klinikum Hanau
PD Dr. med. C. August
Dr. med. S. Blasius
Dr. med. H. Fitz

 Postfach 1221, 63402 Hanau
 Leimenstraße 20a, 63450 Hanau
 Telefon 0 61 81/92 35 10, Fax 0 61 81/9 23 51 23

J.-Nr.:

Eingang:

Histologische/zytologische Untersuchung erbeten

Vorbefund-Nr.: _____

Material(ien) und Entnahmestelle(n):

1. _____
2. _____
3. _____

Klinische Diagnose / Fragestellung (bei Abrasio Regelanamnese):

Erbeten

zusätzliche Befundkopie

Benachrichtigung per Telefon

Fax

Nr.

_____ Datum

_____ Einsender/Station
 Unterschrift u. Stempel